

Synthèse

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée dans notre pays reste l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles continuent à exister tant entre hommes et femmes qu'entre régions ou entre catégories sociales, et, dans certains groupes de population et pour certaines pathologies, on constate encore des situations préoccupantes. Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge, et ce à tous les âges de la vie. Pour appréhender cette situation sanitaire et en suivre l'évolution au cours du temps, le suivi des indicateurs associés aux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique fournit une palette d'informations très riche, à laquelle s'ajoute la vision générale apportée par un ensemble d'indicateurs transversaux de cadrage. Les indicateurs classiques de mortalité (mortalité, espérance de vie) et de morbidité (incidence et prévalence des différents problèmes de santé) seront au fur et à mesure enrichis par le développement et la mesure d'indicateurs plus qualitatifs sur la santé perçue, les limitations fonctionnelles et la qualité de vie dont certains sont encore du domaine de la recherche.

■ L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE APPARAÎT PLUTÔT BON, MAIS LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DEMEURE PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé global en France apparaît globalement bon et a tendance à s'améliorer.

Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (83,8 ans pour les femmes et 76,7 ans pour les hommes) continue de progresser, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. En 2001, l'espérance de vie à 65 ans était parmi les plus élevées, tant pour les femmes (21,4 ans) que pour les hommes (16,9 ans). La proportion d'années de vie sans incapacité à 65 ans reste stable, l'allongement de la durée de vie ne semblant donc pas s'accompagner globalement d'une dégradation de l'état de santé.

Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,6 pour 1 000 en 2005) est par ailleurs en France l'un des plus faibles d'Europe. Le taux de mortalité infantile (3,6 pour 1 000 en 2005) qui a diminué de plus de 25 % depuis 10 ans est également l'un des moins élevés du monde, les pays du nord de l'Europe enregistrant toutefois des situations encore plus favorables.

Pour les maladies cardiovasculaires, la France bénéficie également d'une position favorable, par comparaison avec les autres pays de même niveau de vie et l'importance de ces maladies a décliné ces dernières années.

Cette situation apparaît toutefois beaucoup moins favorable en matière de mortalité évitable. En effet, comparée aux pays de l'Union européenne (à 15), la France se trouve à l'avant-dernier rang pour la mortalité prématurée et au dernier rang pour la mortalité prématurée évitable (données 2001). Ces taux sont particulièrement préoccupants pour les hommes. Cette mortalité prématurée est notamment liée aux cancers et aux autres pathologies provoquées par le tabac et l'alcool, mais aussi aux suicides et aux accidents de transport sur lesquels doivent continuer à porter nos efforts.

■ UNE PLUS GRANDE FRAGILITÉ DES HOMMES ET DES PERSONNES ÂGÉES

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes, qui tendent à se réduire mais restent encore importants, montrent en effet une plus grande fragilité masculine. Ces écarts d'espérance de vie sont passés de 8,2 ans à la naissance et 4,5 ans à 65 ans en 1994 à respectivement, 7,1 ans et 4,4 ans en 2004, les indicateurs de mortalité préma-

turée et de mortalité prématurée évitable restent particulièrement défavorables pour les hommes dans notre pays. Les comportements de santé et de recours aux soins font au contraire apparaître que, paradoxalement, les hommes déclarent moins de maladies, se sentent en meilleure santé et ont moins recours aux soins que les femmes.

Le nombre et l'importance des problèmes de santé augmentent par ailleurs de façon régulière avec l'avancée en âge et le vieillissement de l'organisme. Le poids relatif des différentes pathologies est également différent selon l'âge : importance des maladies infectieuses et allergiques dans l'enfance, des pathologies ostéo-articulaires, des troubles psychiques en milieu de vie et des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées. Passée la première année de vie, le recours aux soins est faible chez les jeunes et maximal en fin de vie.

■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET GÉOGRAPHIQUES IMPORTANTES

Par ailleurs, de façon quasi générale, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont liées à la position sociale et au niveau d'éducation. Tous les indicateurs – que ce soit la déclaration d'état de santé, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins – font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle et le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'expositions aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) visent à permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à des conditions de soins de droit commun. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2004, 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes, 11,6 %, que chez les hommes, 8,2 %. Il est maximal entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Les renoncements augmentent de manière importante au-dessous d'un revenu de 2500 euros mensuels pour un ménage.

Enfin, lorsqu'on dispose de données par région ou par département, on constate pour beaucoup de problèmes de santé des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité. Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué chez les hommes, les régions du sud de la France ayant une situation plus favorable. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. Un constat plus approfondi de cette question illustré notamment par une cartographie, sera consultable en ligne sur le site du ministère de la santé dans la rubrique « Études, Recherches et Statistiques ».

Ces disparités font ressortir que, pour certains groupes de population et certaines pathologies, des gains sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci sont notamment d'ordre comportemental (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires, prises de risques...), liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail (environnement chimique [pollution...], physique [bruit, travaux pénibles...], biologique [bactéries, virus...], social [stress...]) ou liés à l'environnement socioculturel des personnes. Ces déterminants, qui sont parfois multiples, sont souvent connus pour les différentes pathologies et accessibles à des actions de prévention (encadré) qui pourront permettre de diminuer la fréquence d'apparition ou la sévérité des maladies. L'amélioration des prises en charge peut également permettre d'éviter ou de retarder les incapacités liées aux problèmes de santé, et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie dont bénéficient les patients.

■ LA CONSOMMATION D'ALCOOL DIMINUE, MAIS SON USAGE À RISQUE RESTE ENCORE TRÈS IMPORTANT SURTOUT CHEZ LES HOMMES

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus a diminué de 9 % entre 1999 et 2004 en France. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient

Synthèse

essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France continue toutefois à faire partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool, même si elle ne se situe plus en tête du classement. Ainsi, environ un tiers des personnes de 18 ans et plus ont une consommation d'alcool considérée à risque : risque d'alcoolisation excessive ponctuelle pour les trois quarts d'entre elles (plutôt des hommes entre 18 et 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes, plus âgés, après 44 ans). Si les cadres et professions intellectuelles et les hommes ouvriers qualifiés apparaissent plus concernés par le risque ponctuel, ce sont les hommes agriculteurs et ceux qui appartiennent à la catégorie « artisans commerçants et chefs d'entreprise » qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique. Chez les femmes, ce risque d'alcoolisation chronique est plus fréquent chez les cadres et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

■ LE TABAGISME EST L'UN DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LES PLUS IMPORTANTS DE PAR SES RÉPERCUSSIONS SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment dans leurs localisations pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 30 % de la mortalité avant 65 ans (52 % chez les hommes). Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites...) dont l'impact est considérable, tant pour la qualité de vie des personnes qu'en termes de coût économique.

En 2005, l'usage quotidien de tabac concernait 23 % des femmes et 30 % des hommes de 15-75 ans : il est globalement en baisse depuis quelques années, mais connaît une relative stabilité parmi les femmes depuis les années 1980. Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent notamment fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, même si cette part a baissé depuis 1995. Ce sont plutôt des femmes jeunes, moins diplômées que la moyenne.

L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent parmi les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les fumeurs les moins dépendants.

À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans est passé de 40 % à 37 % entre 2000 et 2003, celui des garçons passant de 42 % à 38 %. Les hausses des prix ont sans doute participé à cette diminution dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. Par ailleurs, si l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît stable depuis quelques années (13,6 ans), celui de l'entrée dans le tabagisme quotidien semble plus tardif (14,9 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons, contre respectivement 14,7 et 14,8 en 2002).

Le tabagisme passif a été par ailleurs identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Des réglementations plus protectrices ont été édictées. Elles concernent notamment les établissements scolaires, les lieux de restauration et le milieu professionnel.

Concernant les établissements scolaires, en 2002, 7 % des collèges et 40 % des lycées, avaient prévu des emplacements réservés aux élèves fumeurs de plus de 16 ans, la quasi-totalité des espaces autorisés se trouvant dans les cours de récréation. Par ailleurs, 22 % des collégiens et 78 % des lycéens fumeurs ont déclaré fumer « à l'école ». La salle des professeurs était en 2002 totalement non-fumeurs dans moins de la moitié des écoles élémentaires et dans 30 % des cas dans les lycées et collèges.

En 2004, 43 % des restaurants, cafés et brasseries offraient des emplacements réservés aux fumeurs et étaient équipés d'un extracteur d'air. Seuls 11 % étaient entièrement « non-fumeur ».

En 2002-2003, 20 % des adultes ayant un emploi se déclaraient enfin encore exposés au tabac dans leur milieu professionnel.

■ LE DÉVELOPPEMENT DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ IMPLIQUE DES ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET DE SÉDENTARITÉ

L'excès de poids et la sédentarité, souvent associés, sont des facteurs de risque importants de maladies chroniques, diabète et maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde...).

La prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale et, plus spécifiquement, le nombre d'obèses a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte, et les évolutions des années 2000 ne montrent pas d'infléchissement. Actuellement, l'obésité concerne 11 % des hommes comme des femmes adultes, le surpoids un peu plus d'un tiers des hommes et 23 % des femmes. La surcharge pondérale concerne de 14 à 20 % d'enfants dont 4 % seraient obèses. Les chiffres diffèrent peu entre garçons et filles. Chez les adultes comme chez les enfants, les prévalences de surcharge pondérale varient de façon importante selon le milieu socio-économique et elles sont les plus élevées dans les milieux les plus modestes.

Outre la quantité des apports caloriques, la qualité des aliments a des répercussions sur la santé des individus. Une consommation suffisante de fruits et légumes et des apports modérés en sel sont ainsi, d'après les études épidémiologiques, favorables à une diminution de certaines maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète notamment).

En 2002, 81 % des hommes et 71 % des femmes avaient une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour alors que les recommandations préconisent une consommation de 5 fruits et légumes par jour. Cette faible consommation concerne tout particulièrement les hommes et les jeunes ainsi que les régions du nord de la France.

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000 pour un objectif à fixer par la loi relative à la politique de santé publique de 8 g/j.

Le plan national nutrition santé de septembre 2006 a relancé à partir de ces constats un ensemble de mesures susceptibles d'améliorer ces indicateurs nutritionnels.

■ LA MORBIDITÉ LIÉE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL PEUT ÊTRE IMPORTANTE DANS CERTAINS TYPES D'ACTIVITÉ

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique permettent de suivre dans le temps la répercussion sur la santé publique des conditions de travail : ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérigènes.

En 2003, 709 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans sept cas sur dix et accidents de travail à proprement parler dans les autres cas. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission relevée entre 2000 et 2003 est de même amplitude que celle de l'ensemble des décès routiers.

Les contraintes articulaires en milieu de travail sont potentiellement responsables d'une grande partie des pathologies ostéo-articulaires, pathologies les plus fréquemment déclarées par les personnes d'âge actif après les troubles de la vision. Elles sont approchées à partir du travail répétitif (répétition de gestes à une cadence élevée) de plus de 20 heures par semaine qui concernait en 2003 près de 7 % des salariés. Par ailleurs, en 1998, 37 % soit un peu plus de 7 millions de salariés déclaraient devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont plus jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité.

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. En 2003, plus d'un salarié sur quatre soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB pendant plus de 20 heures par semaine n'avait pas à sa disposition de protection auditive. 683 000 salariés soit 3,5 % des salariés déclarent ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants, mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Les ouvriers et le secteur industriel sont les plus exposés aux nuisances sonores intenses.

En 2003, 1,1 million de salariés étaient en outre exposés à des produits cancérigènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction, auxquels sont surtout exposés les hommes ouvriers. De 30 à 46 % d'entre eux ne bénéficient d'aucune protection ni collective ni individuelle.

Ces indicateurs témoignent donc de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour diminuer l'incidence de pathologies fréquentes.

■ LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX SONT DES ENJEUX DE SANTÉ DE PLUS EN PLUS PERÇUS DONT L'ÉTUDE ET LA SURVEILLANCE SONT EN PLEIN ESSOR

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires importants. Par ailleurs beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

La qualité de l'air a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail.

En 2000, en France, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces cas seraient causés par la pollution automobile. En terme de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO₂), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM₁₀), le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). Si des progrès ont été enregistrés entre 1998 et 2004 pour les trois premiers de ces polluants, l'évolution est moins régulière pour l'ozone.

La surveillance de la qualité de l'air intérieur débute et on ne dispose pas d'indicateur global. Deux gaz toxiques sont cependant bien identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone (CO).

Le radon est un gaz radioactif présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et qui peut être à l'origine de cancers du poumon. On estime que 13 % de la mortalité par cancer du poumon pourrait être consécutive à cette exposition. Il se concentre dans les locaux d'où il peut être évacué par une ventilation efficace. Le contrôle des niveaux de radon dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires est en cours de généralisation dans les départements considérés comme prioritaires.

Les décès par intoxication au monoxyde de carbone (CO) constituent la première cause de mortalité par inhalation toxique en France. Cette intoxication est due à des appareils de chauffage mal réglés et à une mauvaise ventilation des locaux. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) est passé de près de 300 cas à la fin des années 1970 à une centaine de cas entre 2000 et 2002, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2002, le taux brut de mortalité était de 0,13 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. La mortalité par intoxication au CO est 1,8 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes sur la période 1990 à 2002 ; elle augmente également avec la classe d'âge. Par ailleurs, en 2001 on dénombrait environ 2 500 hospitalisations pour une telle intoxication dont 27 % d'enfants de moins de 14 ans, particulièrement sensibles à ce toxique qui perturbe leur développement cérébral. Les données disponibles montrent que le nombre d'intoxications au CO ne diminue pas et qu'il est inégalement réparti sur le territoire (70 % des cas au nord de la Loire).

La qualité de l'eau est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les DDASS. La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). Le Plan national santé environnement de 2004 a à cet égard retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme un axe prioritaire.

L'intoxication par le plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main

bouche). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique.

En 1995, la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, a été estimée à 2% soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2007-2008. Il est toutefois intéressant de noter la diminution du rendement des actions de dépistage du saturnisme, ce qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

Les effets des températures extrêmes sont, depuis la canicule de l'été 2003, pris en compte. Les systèmes de surveillance et les mesures de prévention semblent avoir eu des effets certains, si on en juge par la surmortalité très réduite enregistrée au cours de l'épisode caniculaire de juillet 2006.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi les concernant. Il s'agit plus particulièrement des problèmes de pollution autour des sites industriels, de l'exposition chronique aux produits chimiques (pesticides, dioxine, métaux lourds) et de leur rôle dans la survenue de cancers, de troubles de la reproduction ou troubles endocriniens, de l'exposition au bruit... Ces problèmes font l'objet de surveillance et de mesures préventives de la part des ministères de la santé et de l'environnement ainsi que des agences qui leur sont rattachées et sont pris en compte dans le Plan national santé environnement.

■ LES MALADIES INFECTIEUSES SONT ENCORE RESPONSABLES D'UNE GRANDE PARTIE DE LA MORBIDITÉ, ET LE DÉVELOPPEMENT DES RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES RESTE PRÉOCCUPANT

L'un des déterminants de la santé le mieux et le plus anciennement connu est l'exposition aux agents infectieux. Ces bactéries et virus sont transmis par l'eau ou l'alimentation (eaux de boisson ou de baignade), l'air (notamment dans les transmissions interhumaines), de façon mixte (aérosols pour la légionellose), ou via d'autres supports (contacts en milieu hospitalier). Les maladies infectieuses sont encore responsables d'une grande partie de la morbidité : le plus souvent banales notamment chez l'enfant, elles peuvent prendre un caractère plus dramatique pour certaines personnes fragilisées (personnes âgées, atteintes de maladies chroniques...) ou pour certains agents infectieux.

La loi relative à la politique de santé publique a prévu, à côté du suivi de la couverture vaccinale dans la population, celui de quatre maladies infectieuses : la légionellose, la tuberculose, le sida et le groupe des maladies sexuellement transmissibles. Elle témoigne aussi de la préoccupation concernant l'importance grandissante des résistances bactériennes aux antibiotiques.

La légionellose, maladie bactérienne transmise par voie respiratoire, n'a été identifiée qu'en 1976. L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. La mortalité qui lui est attribuable est non négligeable pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, éthyliques, diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques...).

On enregistre depuis 1997 une augmentation du nombre de cas de légionellose qui étaient d'environ 1 500 en 2005. Ce phénomène peut être dû à l'amélioration de la surveillance et/ou du diagnostic, à une augmentation réelle des expositions aux légionelles, ou à une combinaison des deux. Le nombre de décès par légionellose reste faible, inférieur à 90 cas annuels. Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer dans la dernière décennie passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 9,2 en 2004. Les disparités socio-démographiques et géographiques sont toutefois importantes : augmentation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère, concentration des cas en Île-de-France et dans les zones urbaines. La situation épidémiologique est comparable à celle d'autres pays de l'Europe de l'Ouest.

Synthèse

Le sida, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH apparu dans les années 1980 est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du sida existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003. L'incidence du sida a diminué de façon très marquée en 1996-1997, puis de façon plus faible ensuite.

Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique et l'Île-de-France. La France, avec un taux d'incidence du sida de 2,5 pour 100 000 en 2004, est, parmi les pays de l'Europe de l'Ouest les plus touchés, après néanmoins le Portugal, l'Espagne et l'Italie.

Pour ce qui est des maladies sexuellement transmissibles plus anciennement connues, le nombre de cas déclarés de syphilis diminue en 2004 en Île-de-France et reste stable dans les autres régions. Les infections à gonocoque et à chlamydiae déclarées sont en augmentation par rapport à 2003. Ces tendances seront à confirmer dans les années à venir.

Un programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles est actuellement mis en œuvre et a été décliné dans cinq domaines d'intervention et notamment en termes de prévention, de dépistage et de suivi et prise en charge thérapeutique.

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clefs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats des programmes de vaccination s'évaluent notamment par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population.

Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie...), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent indispensable le suivi de la couverture des adultes.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95% est déjà atteint pour certaines des maladies (diphtérie, tétanos polio, coqueluche). Elle doit par contre être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée. Pour le ROR, une couverture inférieure à 90% à 2 ans et à 95% à 6 ans est incompatible avec l'atteinte de l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse au cours de la grossesse auquel la France a souscrit d'ici à 2010.

Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devra être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et des adultes pour celle du tétanos.

La vaccination antigrippale fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les personnes de 65 ans et plus, et celles atteintes de l'une des 9 affections de longue durée pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe.

En 2004-2005, les taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque ne sont que de 62,5% : 63,9% pour les plus de 65 ans et 50,8% pour les moins de 65 ans ayant une pathologie susceptible d'être décompensée par la grippe. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste par ailleurs insuffisant : 66% pour les médecins généralistes, 31% pour les infirmiers libéraux et 38% pour les personnels de maison de retraite.

Enfin, l'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie depuis ces vingt dernières années. La loi relative à la politique de santé publique s'est ainsi fixé pour objectif de maîtriser les phénomènes de résistance aux antibiotiques. La maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé figure également parmi les objectifs du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales.

Les staphylocoques dorés et les pneumocoques illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2003, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies), et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée, est de 43% (contre 47% en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de

méningites chez l'enfant (42 % en 2003 contre 61 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes.

Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier. Les enquêtes de prévalence réalisées un jour donné (en 1996 et 2001) montrent une augmentation de la prévalence des infections hospitalières à SARM (0,8 pour 100 patients hospitalisés en 2001 et 0,6 en 1996). Seule la prévalence observée dans les services de réanimation tend à diminuer au cours de cette période. L'enquête de prévalence 2006, en cours de réalisation permettra de suivre cette évolution.

La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi relative à la politique de santé publique. La France reste parmi les pays européens les plus grands consommateurs d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 révèlent cependant que la consommation d'antibiotiques a diminué en ville depuis 1999 (-15,1 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-5,3 %).

■ LA PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES EST EN AUGMENTATION, LEUR PRISE EN CHARGE COORDONNÉE SE DÉVELOPPE

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, si elle témoigne d'une meilleure efficacité du système de santé, pose des problèmes importants notamment en terme de qualité de vie. Pour ces pathologies tout particulièrement, les problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins sont au premier plan.

Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu notamment dans la loi relative à la politique de santé publique fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (indicateurs de qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche.

Les cancers constituent un problème majeur de santé publique pour les adultes, d'abord pour la mortalité qui leur est attribuable : plus d'un quart de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée et, après 45 ans, l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifiquement féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés chez les hommes. Ils sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que dans la moyenne des autres pays, alors que les femmes françaises ont des taux de décès par cancers inférieurs. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

Le dépistage précoce de certains cancers permet d'en diminuer la gravité. C'est le cas notamment du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes et du mélanome, cancer cutané.

Le cancer du sein est le premier cancer chez les femmes en termes de mortalité, avec en 2002 un taux de 27 décès pour 100 000, ainsi que de mortalité prématurée (13 pour 100 000). Son incidence est en augmentation mais la France se situe dans la moyenne européenne pour la mortalité due à cette cause.

Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation. Il a atteint 45 % en 2005.

En 2002, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de 2 ans) mais en augmentation (67 % en 2000, 70 % en 2002). Il existe cependant des disparités en fonction de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle et du lieu de résidence : la proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'une mammographie dans les 2 ans est notamment plus faible chez les femmes de 70 à 74 ans (50 %), celles qui résident dans un département où il n'y a pas de programme de dépistage organisé (64 % versus 74 %) et chez celles n'ayant pas de couverture complémentaire maladie (inférieur à 50 %). En revanche, plus de 80 % des cadres déclarent avoir bénéficié d'un dépistage par mammographie datant de moins de 2 ans.

Synthèse

Entre 1980 et 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9%. Avec 11,2 cas pour 100 000 femmes en 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus est relativement faible dans notre pays au sein de l'Union européenne. Cette situation semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France.

Néanmoins, une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin pourrait permettre de diminuer encore cette incidence. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge avec une diminution nette après l'âge de 50 ans et la catégorie socioprofessionnelle des femmes, les exploitantes agricoles étant celles qui le réalisent le moins souvent.

Le mélanome est la plus grave des tumeurs malignes cutanées. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome a augmenté régulièrement, avec un taux d'accroissement annuel de 6% chez l'homme et 4% chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément (en 2000 on comptait 7 231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). Cette différence d'évolution entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination dont le pronostic est sombre.

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente dont le traitement est complexe. Il constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence (étroitement liée aux comportements alimentaires et à la sédentarité), de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). En 1998, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline a été estimée à près de 3% en France métropolitaine (11% au-delà de 65 ans) et augmenterait de plus de 3% par an. Dans les départements d'Outre-Mer, la prévalence est estimée à plus du double.

L'adéquation de la surveillance des patients diabétiques aux recommandations de bonne pratique clinique reste encore insuffisante. En 2003, selon les types d'examen de surveillance, de 25% à 77% des personnes diabétiques avaient bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80% en 2008 pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (25%), les 3 dosages annuels d'hémoglobine glyquée (39%) ainsi que l'examen ophtalmologique (46%) et l'électrocardiogramme (34%).

Les complications du diabète sont par ailleurs pour certaines d'entre elles préoccupantes.

Parmi les personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux et/ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2001 (soit environ 2 millions de personnes), environ 152 000 auraient subi un infarctus du myocarde, 28 000 seraient aveugles, 10 000 greffées ou dialysées et 22 000 amputées d'un membre inférieur. Entre 32 000 et 120 000 auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé et entre 90 000 et 290 000 auraient bénéficié d'un traitement par laser ophtalmologique. Par ailleurs, tous les ans, entre 2 400 et 4 000 de ces personnes diabétiques entreraient en dialyse ou bénéficieraient d'une greffe de rein.

En 2002, le diabète était mentionné sur près de 30 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France métropolitaine. Les disparités géographiques sont en la matière similaires à celles de la prévalence du diabète : plus élevée dans le nord et l'est de la France et plus encore dans les DOM.

Les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès en France devant les cancers.

Parmi elles, les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) ont représenté à elles seules, en 2002, 28% des décès cardio-vasculaires et 8% de l'ensemble des décès. Les taux de décès par cardiopathies ischémiques sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions, avec des taux plus importants dans le nord de la France. La mortalité a cependant fortement diminué entre 1990 et 2002 et, comparée aux autres pays européens, la France a un taux de décès particulièrement peu élevé.

Les maladies cérébro-vasculaires constituent également une cause importante de mortalité et de morbidité. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Les AVC ont motivé

près de 121 000 séjours hospitaliers en 2003. Ils ont été la cause initiale de 36 701 décès en 2002, soit 7% de l'ensemble des décès. Au cours des cinq dernières années, une diminution continue des taux standardisés de décès est cependant intervenue de même et, à un moindre degré, que des taux d'hospitalisation : respectivement 14,8 et 5,2% entre 1997 et 2002.

Cette pathologie touche essentiellement les personnes âgées : 75% des séjours hospitaliers pour AVC concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus ; et c'est le cas de 91,7% des décès.

Les disparités géographiques sont importantes, les taux de décès étant particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer (particulièrement à la Réunion et en Guyane), puis en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Bretagne et en Lorraine. Par ailleurs, les départements d'outre-mer, la Corse, la Picardie et, à un moindre degré, la région Champagne-Ardenne enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation AVC très supérieurs à la moyenne nationale.

Les maladies psychiques recouvrent un *continuum* d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, trouble du comportement passager...) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Ils sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Première cause de reconnaissance d'affections de longue durée chez l'adulte, leur répercussion économique est considérable, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soin que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. 1,2 million de personnes vivant à domicile déclaraient à cet égard consulter régulièrement pour ces troubles en 1998, et le nombre de personnes hospitalisées était de l'ordre de 60 000. Si, là encore, le développement des maladies est dans la plupart des cas la résultante de facteurs combinés (susceptibilité individuelle allée aux conditions de vie), des mesures de prévention efficaces sont possibles mais le champ en est vaste : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles notamment à l'adolescence, accès aux soins de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien de familles de malades mentaux, prévention en milieu de travail... Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale.

L'asthme est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. Sa prévalence est élevée, et elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveau de vie comparables.

Sa prévention ne fait pas encore l'objet de recommandations précises mais il est avéré qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité.

Globalement, on observe une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2002. Ces taux sont toutefois restés stables chez le jeune enfant. Chez les adultes, la diminution est d'autant plus importante que les sujets sont âgés.

La mortalité par asthme a diminué chez les hommes entre 1990 et 1999 mais est restée stable chez les femmes. Cette diminution s'observe également chez les enfants et les adultes de moins de 45 ans. Les diminutions observées entre 2000 et 2002 devront être confirmées par les données des années ultérieures.

Le taux d'incidence annuel moyen standardisé et par million d'habitants de **l'insuffisance rénale chronique terminale** traitée dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions) et 132,2 en 2004 (9 régions). Dans les 4 régions pour lesquelles des données sur les trois années consécutives ont été recueillies, l'incidence standardisée ne varie pas de manière significative. Cette tendance reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre.

La qualité de vie est importante à prendre en compte pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Le temps d'accès moyen au centre de dialyse et durée médiane d'attente avant greffe, permet d'approcher cette qualité de vie. Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 23 minutes. Pour 8,4% d'entre eux la durée de trajet est supérieure à 45 minutes.

La durée médiane d'attente avant greffe pour les cohortes de patients inscrits entre 1993 et 2004, est de 15,3 mois. La durée varie avec le groupe sanguin, l'inter-région d'inscription et l'équipe de greffe. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale. Cette durée d'at-

Synthèse

tente a significativement augmenté passant de 13,8 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 17,6 mois pour la cohorte 2002-2004. Ces constats ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons.

■ LES SUICIDES ET LES TRAUMATISMES SONT FRÉQUENTS CHEZ LES HOMMES ET CHEZ LES JEUNES, ET CES DERNIERS SONT RESPONSABLES D'UNE GRANDE PARTIE DE LA MORBIDITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Le **suicide** est un problème important de santé publique : au sein de l'Europe des 15, comme de l'Europe des 25, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. 10 810 suicides ont été enregistrés en France en 2002. Même s'ils ont diminué entre 1990 et 2002, ils représentent toujours la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes (22 décès pour 100 000) et la première pour les femmes (7,6 pour 100 000). Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus importants dans la moitié nord de la France. Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus en partie par des actions de prévention notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs.

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme **par accident de la circulation** bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics en ce domaine depuis plusieurs années.

En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les départements d'Outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Ce nombre diminue pour la quatrième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9%) et de 2004 (8,7%). C'est la classe d'âge des 18-24 ans, en particulier chez les hommes, qui reste la plus exposée avec un risque 2,6 fois plus fort que la moyenne en métropole. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux avec 16,6% des tués pour moins de 1% du trafic, et ce sont les routes de campagne (nationales ou départementales) qui sont les plus dangereuses avec 75% des tués pour 52% du trafic. Les régions du nord enregistrent de meilleurs résultats que celles du sud et, en matière de comparaisons internationales, la France se situe désormais au 7^e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route.

La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteint 16% des blessés en 2004. Elle est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans (24%) et les motocyclistes (19%). Elle tend à diminuer dans le temps.

Les accidents de la vie courante touchant les enfants de moins de 14 ans sont à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). Le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de 42% entre 1989-1991 et 2000-2002. Cette diminution coïncide avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

En 2002 ces risques continuent toutefois à représenter un problème important de santé publique, surtout chez les garçons, qui sont deux fois plus touchés que les filles ainsi que chez les plus jeunes. On compte en effet 7,5 décès pour 100 000 chez les moins de 1 an ; 4,7 de 1 à 4 ans ; 1,5 de 5 à 14 ans.

Chez les **personnes de 65 ans et plus, les chutes** constituent une part très importante (plus de 80%) des accidents de la vie courante. Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne (instabilité), et les facteurs liés à l'environnement (escaliers, tapis).

L'épidémiologie des chutes est mal connue, peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les personnes de 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées globalement pour la première fois à partir des données 2002 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Les chutes accidentelles y apparaissent très nombreuses.

En France métropolitaine, en 2005, 24% des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2002, en France métropolitaine, on estimait

à 460 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,8 %.

Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 318 décès à la suite d'une chute en 2002 chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,6 pour 100 000.

■ CONTRACEPTION, GROSSESSES, ACCOUCHEMENTS DONNENT ENCORE LIEU À DE POSSIBLES AMÉLIORATIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES

Certains problèmes de santé concernent spécifiquement des groupes de population par exemple la mère et l'enfant (pour la mortalité périnatale ou la mortalité maternelle) ou les femmes d'âge fécond pour les grossesses extra-utérines, les IVG et la contraception.

En France, **le taux de mortalité maternelle** est estimé entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement 75 à 80 femmes qui décèdent de la grossesse ou de ses suites.

La mortalité maternelle est restée stable au cours des années 1999 à 2002. Une baisse de ce taux supposerait entre autres conditions, qu'il n'y ait pas une nouvelle augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité, car au-delà de 35 ans le risque vital maternel est nettement augmenté.

Le taux de mortalité périnatale se définit quant à lui comme le nombre d'enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie.

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes).

Après une longue période de diminution, le taux de mortalité périnatale se situe depuis 2000 sur une pente croissante. La mortalité néonatale a peu évolué ces dernières années alors que la baisse de la mortalité infantile se poursuit. Elle est maintenant principalement due au recul de la mortalité postnéonatale (entre 28 jours et 1 an).

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que celles correspondant à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. En 2003, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers.

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est globalement de 1,6. Il est légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans et les 35-39 ans et proche de 3 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Martinique et Guadeloupe enregistrent des ratios supérieurs à 2.

La GEU est traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2003, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

L'utilisation de **moyens contraceptifs** mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Les taux d'IVG augmentent régulièrement depuis 1995 où le taux était de 12,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. En 2004, ce taux était de 14,6 pour 1 000, alors que la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. La question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose alors. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives.

Parmi les femmes qui utilisent un moyen contraceptif, la pilule (58,7 %), le stérilet (24,2 %) et le préservatif masculin (11,5 %), représentent 94,4 % des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2005, notamment chez les plus jeunes.

Les IVG sont plus fréquentes dans le Sud de la France, en Île-de-France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables.

■ L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE REND DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Des objectifs à atteindre concernant plus particulièrement les personnes âgées ont été identifiés par la loi relative à la politique de santé publique : les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'incontinence urinaire, l'ostéoporose...

Les atteintes sensorielles méritent en effet d'être prises en compte à cause de leur grande fréquence chez les personnes âgées et de leur caractère potentiellement évitable.

Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle, la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome étaient à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce. Parmi les atteintes de l'audition, la presbycusie qui est l'altération des facultés d'audition liée à l'âge reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âgé. L'altération de l'audition, est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs.

Une personne de 18 ans et plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans et plus. 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge puisque 11 % de gênes résiduelles sont mentionnées par les personnes de 65 à 84 ans et 26 % à partir de 85 ans.

Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées (16 % chez les personnes de 18 ans et plus, mais 25 % entre 65 et 84 ans et 39 % à partir de 85 ans). Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % versus 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (efficacité de la correction pour 84 % des personnes de cette classe d'âge) et de 85 ans et plus (seulement 61 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe identique, les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction.

Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %) y compris avant 45 ans. Entre 65 et 84 ans, ces gênes sont déclarées par 28 % des personnes et à partir de 85 ans par 52 % d'entre elles. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gênes pour entendre que les hommes et, de plus, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gênes résiduelles.

Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

En France, 25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes **d'ostéoporose**. On ne dispose pas d'estimation pour la population masculine. L'ostéoporose étant une maladie qui ne donne pas lieu en tant que telle à des manifestations visibles, ce sont les fractures d'origine ostéoporotique qui sont analysées car elles constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout dans les populations âgées. Près de 90 % des femmes et 70 % des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de plus de 69 ans lors de la fracture. Plus de 10 % des sujets victimes d'une FESF décèderaient de leurs complications et 50 % conserveraient un handicap chronique. L'impact sur la mortalité de la FESF est donc important chez les personnes âgées alors qu'il est minime avant 65 ans. Des disparités géographiques semblent exister pour cette pathologie, les Antilles enregistrant des taux standardisés d'hospitalisation pour fractures du col du fémur très inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs.

Le retentissement sur la qualité de vie des femmes de **l'incontinence urinaire** est enfin avéré quoique variable selon l'intensité du trouble. Des stratégies de prévention existent (rééducation périnéale et sphinctérienne) dans les suites d'accouchement ou après dépistage de troubles de la statique pelvienne chez les femmes ménopausées.

En 2004, 4,8 % des femmes déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge concernant plus de 10 % des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré.

■ LES USAGERS DE PSYCHOTROPES PEUVENT VOIR LEUR ÉTAT DE SANTÉ AMÉLIORÉ PAR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ET LA PRÉVENTION

Les personnes ayant recours aux produits psychotropes notamment par voie injectable constituent un groupe à risque bien identifié. Les conséquences sociales de ces pratiques posent des problèmes spécifiques, mais c'est également sur leur état de santé que la loi relative à la politique de santé publique fait porter les efforts : accès aux traitements de substitution et suivi des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida.

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et/ou de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 personnes en 1999 selon l'OFDT. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la Buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la Méthadone.

En 2003, entre 71 800 et 84 500 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et entre 11 200 et 16 900 étaient sous Méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la Méthadone est utilisée dans 20 ou 25 % des traitements de substitution aux opiacés. En 2004, les traitements de substitution par Méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Le taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2002, 49 % des usagers des structures de première ligne se déclarent ainsi séropositifs au VHC contre 10 % pour le VIH. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé (de l'ordre de 10 fois plus), une opportunité de contact beaucoup plus importante lors d'un partage de matériel d'injection ou de préparation, et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur.

En 2004, le pourcentage d'usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois et ayant une sérologie VHC positive est de 16,2 %.

Les seules données permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont aujourd'hui déclaratives. Elles semblent indiquer une tendance à la baisse au début des années 2000 vraisemblablement liée à la baisse du pourcentage d'utilisateurs de la voie intraveineuse.

Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les usagers de drogues était de 80 en 2003 et de 63 en 2004, soit 2 % de l'ensemble des cas de notifications (6 302) depuis la mise en place de ce système en mars 2003. Ces données ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur la poursuite de la baisse de l'incidence des séroconversions. Toutefois la diminution continue entre 1997 et 2004 des nouveaux cas de sida associés à ce mode de contamination ainsi que la baisse de la prévalence de la séropositivité au VIH déclarée lors des enquêtes auprès des usagers de drogue permettent de penser que cette tendance ne s'est pas infléchie.

■ DEUX PRÉOCCUPATIONS DONT LA PRISE EN COMPTE SE DÉVELOPPE : LES ÉTATS PATHOLOGIQUES PROVOQUÉS PAR LE SYSTÈME DE SOINS LUI-MÊME ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La iatrogénie est souvent liée aux effets indésirables des médicaments.

Des événements indésirables graves peuvent être liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention survenant en cours d'hospitalisation.

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a été réalisée en 2004 dans les unités de court séjour à l'exception des services d'obstétrique. Elle a permis d'estimer à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves (EIG) survenus en cours d'hospitalisation soit 350 000 à 450 000.

Synthèse

La iatrogénie due aux médicaments, en particulier, peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Une étude réalisée en 1998 a permis d'estimer à 3,2% la proportion des séjours hospitaliers motivés pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements publics. L'étude ENEIS réalisée en 2003 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent évalue à 2,75% la proportion de séjours motivés par des événements indésirables graves médicamenteux dans ces services et à 1,6% la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés.

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante et de nombreux arrêts de travail. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux. En 2003, d'après l'enquête Santé de l'INSEE, 30% des personnes de 15 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante. Elles sont plus de 60% chez les personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Les femmes déclarent un peu plus que les hommes de telles répercussions. Selon les enquêtes Santé Protection Sociale de IRDES de 1998 et 2000, la proportion de femmes de plus de 65 ans déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes a diminué de 5 points en deux ans. Cette proportion est restée stable chez les hommes et les femmes les plus jeunes.

La douleur aiguë apparaît, quant à elle, mieux reconnue et traitée. Un exemple de ce constat est fourni par l'utilisation de péridurales ou de rachianesthésies lors de l'accouchement. Si 6 femmes sur 10 ont bénéficié d'une péridurale pour leur accouchement en 2003, cette proportion reste variable selon le milieu social : un peu plus d'une femme sans profession sur deux a bénéficié d'une anesthésie péridurale pour son accouchement en 2003 contre près de 3 sur 4 parmi les cadres. La pratique de la péridurale est beaucoup plus fréquente lors du premier accouchement (73% contre 45% pour un quatrième enfant).

Approches de la prévention

Définir la prévention n'est pas aisé : la littérature médicale fournit en effet de nombreuses définitions dont la traduction en classifications opérationnelles n'est pas toujours immédiate. Un certain consensus peut toutefois être trouvé autour des définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui distingue prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Selon l'OMS, la prévention médicale regroupe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident.

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue. C'est par exemple la prévention de l'infection par la vaccination.

La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques. Ce sont par exemple les dépistages des cancers du col de l'utérus ou des mélanomes.

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les récurrences, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie. La prévention des récurrences d'infarctus du myocarde est un exemple de prévention tertiaire.